

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給事前確認依頼書

申請者氏名		希望連絡先(電話)	
事業所名 及び住所			

特定(介護予防)福祉用具購入にあたって、事前に下記内容の確認を依頼します。

確認したい 内容	該当の項目に○をしてください。 ・同一品目の再購入について【破損/その他の事由】 ・オーダーメイドについて ・商品の照会【種目/複合機能/その他の事由】 ・選択制対象品目の購入（福祉用具販売計画書の提出必要） ・その他()		
福祉用具 の情報	購入(確認)したい 福祉用具の情報	商品名	
		製造事業者名	
当該福祉用具 が必要な <u>身体</u> の 状況			
購入を選択した 理由			
	医師または専門職等の意見をふまえた利用期間の見込み (選択制対象品目の購入の場合のみ記入)		
被保険者の 情報 (商品の照会の場合は、 記入不要)	フリガナ		被保険者番号
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所	〒 松本市	

(添付書類)

- ・申請の内容が確認できる資料(商品のカタログ、日付入りの写真等)
- ・図面(オーダーメイドやスロープの場合等)
- ・選択制対象品目の購入の場合、福祉用具販売計画書

松本市記入欄

年 月 日
上記内容の給付を(可・不可)としたい

(給付不可の場合はその理由を記入)

担当	係	係長	課長補佐	課長